

De la Jéjunostomie

dans les

Hématémèses graves

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Auguste CALONI

Né à Saint-Laurent (Aude), le 28 octobre 1893

TOULOUSE

E.-H GUITARD, LIBRAIRE-ÉDITEUR
Ancienne librairie MARQUESTE

1920

De la Jéjunostomie

dans les

Hématémèses graves



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Auguste CALONI

Né à Saint-Laurent (Aude), le 28 octobre 1893

TOULOUSE

E.-H GUITARD, LIBRAIRE-ÉDITEUR
Ancienne librairie MARQUESTE

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. LEPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER. ROQUE. BARD. TIXIER. BERARD. FABRE. ROLLET. NICOLAS. LEPINE (J.). WEILL. POLLOSSON (A.) LANNOIS. ROCHET. NOVE-JOSSERAND. CLUZET. HUGOUNENQ. MOREL. MOREAU. GUIART. LATARJET. POLICARD. DOYON. COLLET. MOURQUAND. PAVIOT. VILLARD. ARLOING (F.). ETIENNE MARTIN COURMONT (P.). PIC. FLORENCE.
Cliniques chirurgicales.....	
Clinique obstétricale et accouchements.....	
Clinique ophtalmologique.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	
Clinique neurologique et psychiatrique.....	
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique des maladies des femmes.....	
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	
Clinique des maladies des voies urinaires.....	
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	
Chimie biologique.	
Chimie organique et Toxicologie.....	
Matière médicale et Botanique.....	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	
Anatomie.	
Anatomie générale et Histologie.....	
Physiologie.	
Pathologie interne.....	
Pathologie et Thérapeutique générales.....	
Anatomie pathologique.	
Médecine opératoire.	
Médecine expérimentale et comparée.....	
Médecine légale.....	
Hygiène.	
Thérapeutique.	
Pharmacologie.	

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.	VALLAS
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale.....	BARRAL.
Accouchements.	COMMANDEUR.
Embryologie.	HOVELACQUE.
Anatomie topographique.	PATEL.
Botanique.	BRETIN.
Urologie.	GAYET.
Stomatologie.	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	CADE.	COTTE.	CORDIER.
COMMANDEUR.	GUILLEMARD.	DUROUX.	ROUBIER.
NOGIER.	GARIN.	HOVELACQUE.	FAVRE.
BRETIN.	SAVY.	TRILLAT.	MURARD.
LERICHE.	FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.
THEVENOT (Léon).	THEVENOT (Lucien).	FLORENCE.	GRAVIER, chargé des fonctions.
TAVERNIER.	PIERY.	ROCHAIX.	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. TIXIER, Président; VILLARD, Assesseur;
MM. PATEL, et TAVERNIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

*En gage de l'éternelle
affection qui nous unit.*

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Hommage d'un fils respec-
tueux qui leur doit tout.*

A MES PARENTS, A MES AMIS

A la mémoire glorieuse de mes camarades
tombés au champ d'honneur

A Monsieur le Professeur TIXIER

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux de Lyon
Chevalier de la Légion d'Honneur

*qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.*

A Monsieur le Professeur PATEL

Professeur agrégé d'Anatomie Topographique
Chirurgien des Hôpitaux de Lyon
Chevalier de la Légion d'Honneur

*qui a bien voulu nous indiquer ce sujet
de thèse et nous guider de ses conseils.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

Les Hématémèses

DÉFINITION. — DESCRIPTION. — ÉTIOLOGIE

L'hématémèse, ou vomissement de sang, est presque toujours consécutive à une gastrorrhagie. Elle peut cependant provenir, dans des cas plus rares, de la rupture de varices œsophagiennes ou d'un épistaxis, dont le sang a été dégluti.

L'hématémèse est précédé de tintements d'oreilles, de pâleur, de nausées, de pesanteur au creux épigastrique, symptômes qui indiquent une irruption de sang dans la cavité stomacale. Quelques instants après, surviennent les vomissements. Le sang est tantôt rutilant, tantôt noir, tantôt marc de café, suivant la durée de son séjour dans l'estomac. Une hématémèse abondante peut amener la mort; le plus souvent, elle laissera de la pâleur et une anémie intenses, qui demanderont des semaines pour se réparer.

Les causes de l'hématémèse peuvent se ranger sous trois chefs :

Lésions de l'estomac.

Troubles circulatoires.

Maladies hémorragiques.

Nous nous contenterons d'étudier les hématémèses de la première catégorie, qui, seules, nous intéressent; elles reconnaissent plusieurs causes :

Ulcère.

Cancer.

Ulcérations gastriques.

Lésions traumatiques.

Anévrysmes miliaires.

Notons, en passant, qu'il faut savoir bien distinguer l'hématémèse de l'hémoptysie. Cette dernière est précédée d'oppression, de toux, d'une sensation de chaleur à la poitrine, de picotements laryngés. La fièvre est habituelle et les crachements de sang persistent durant quelques jours : le sang est rutilant, spumeux, aéré; il a été rendu en toussant, l'accident est survenu chez un toussueur ou chez une personne de bonne santé apparente et non chez un sujet souffrant depuis quelque temps de l'estomac.

La première idée qui vient à l'esprit, quand un malade vomit une grande quantité de sang rouge ou brunâtre, c'est qu'il a un ulcère de l'estomac. Lorsque le malade présente, en outre, et depuis longtemps, les autres symptômes de cette affection, rien n'est plus facile que de poser le diagnostic : la douleur en broche, survenant après le repas, le point xyphoïdien, le point

rachidien, les renvois acides qui agacent les dents, les vomissements alimentaires qui font disparaître la douleur, sont des signes qui ne trompent guère. Mais la difficulté est toute autre, quand il s'agit d'une forte hématomèse survenant brusquement chez un sujet habituellement en bonne santé, nullement dyspeptique, n'ayant jamais ressenti la moindre douleur à l'épigastre. Dans ce cas, le diagnostic devient très hésitant et il est nécessaire d'éliminer les affections qui, elles aussi, peuvent rester latentes, jusqu'au jour où elles se manifestent, pour la première fois, par une hémorragie extrêmement abondante. Nous pouvons ranger sous trois chefs les causes principales des hémorragies qui peuvent simuler l'ulcère :

1° Rupture d'un anévrysme de l'aorte dans l'œsophage, du tronc cœliaque, ou de ses branches dans l'estomac, perforations de l'artère hépatique ou de la veine porte par des calculs biliaires;

2° Hématémèses de la cirrhose atrophique;

3° Ulcères tuberculeux, ulcérations syphilitiques.

Le cancer ne donne lieu à des hémorragies que dans un cinquième des cas; il faut penser à l'ulcère chez un sujet jeune, au cancer chez un sujet âgé. Il est difficile de confondre les hémorragies du cancer avec celles de l'ulcère, à cause de leurs caractères spéciaux : ce sont des hémorragies capillaires qui se font en nappe, à la surface de l'ulcération. Mais le cancer peut, lui aussi, ulcérer une artère et, dans ce cas, l'hémorragie est abondante, rutilante, répétée comme celle de l'ulcère. Dans la plupart des cas, l'hémorragie survient chez un sujet qui a présenté des signes d'ulcère, mais qui offre depuis quelque temps des signes de cancer (cachexie,

anachlorhydrie); il s'agit, dans ce cas, d'un vieil ulcère, ayant subi, sur les bords, la dégénérescence épithéliale.

On distingue plusieurs sortes d'ulcères :

1° *Exulcération simple*. — Elle siège sur n'importe quel point de l'estomac, mais elle est plus rare sur la face antérieure; elle est arrondie et généralement unique, ses dimensions sont celles d'un pièce de cinquante centimes; ses bords sont souples, non exhaussés, nets. Elle ne présente aucun épaissement, aucune altération extérieure et quelquefois, au cours de l'opération, après ouverture de l'estomac, elle peut échapper aux recherches, ne se montrant que sous la forme d'une tache qu'il faut déplisser, pour voir le point qui saigne;

2° *Ulcère simple*. — Le siège en est variable, il est généralement unique, mais on peut en rencontrer plusieurs; les dimensions varient de celles d'une pièce de cinquante centimes, à la paume de la main, la forme en est arrondie ou ovalaire;

3° *Ulcère aigu*. — La perte de substance est nette, généralement en forme d'entonnoir, à base interne et comme découpée à l'emporte-pièces, profonde.

4° *Ulcère chronique*. — Il se produit une réaction et une transformation fibreuse qui modifient l'aspect de l'ulcère; les bords sont épais, arrondis, en relief; le fond est gris, de profondeur variable; le foie, la rate, le pancréas sont envahis.

Quelle est la source de l'hémorragie dans l'ulcère ? Elle provient de la perforation d'un vaisseau, atteint par le processus ulcéreux. Quels sont les vaisseaux atteints ? Examinons pour cela la statistique de Savariaud, qui s'adresse à quarante-sept observations d'ulcères :

On trouve une artère dans trente-quatre cas.

On trouve une veine dans quatre cas.

On ne trouve pas d'ouverture visible dans quatre cas.

On n'en trouve pas de mention dans trois cas.

Les vaisseaux le plus souvent atteints sont ceux des tuniques stomacales, ceux du cercle périgastrique et quelquefois des artères ou veines extrinsèques comme la splénique.

La forme de l'orifice artériel est variable, mais, dans la majorité des cas, il s'agit d'une ouverture latérale, de forme ovale. Très rarement, il s'agit d'une section complète de l'artère, et il ne peut guère en être autrement, si on réfléchit que la mort survient, la plupart du temps, avant qu'elle n'ait été complètement digérée. Ce qui corrode l'artère, c'est le suc gastrique et ce dernier, ronge de la surface vers la profondeur; dès que l'artère est ouverte, le sang jaillit et le sujet peut mourir, saigné à blanc dès la première hémorragie; dans ce cas, l'orifice est punctiforme. Plus souvent, sous l'influence de l'abaissement de la tension artérielle produite par la syncope, le cours du sang se ralentit, un caillot se forme, l'hémorragie cesse, mais, bientôt le caillot est digéré à son tour, et l'hémorragie recommence. Elle peut ainsi s'arrêter deux ou trois fois, mais il est rare que le mécanisme dure bien longtemps; à la troisième ou quatrième hémorragie, le ma-

lade est emporté, ou guérit, par extraordinaire. Le professeur Dieulafoy fait remarquer combien cette ouverture latérale est défavorable à l'hémostase naturelle, la section latérale d'une artère étant plus grave que la section complète. A la suite de ces hémorragies, on peut observer la mort subite ou presque, la mort rapide en quarante-huit heures au plus, ou bien une longue survie. Notons bien qu'il n'y a aucune relation constante entre le calibre du vaisseau et la forme de l'hémorragie, puisque l'ulcération de vaisseaux capillaires peut amener la mort foudroyante, tandis que l'érosion d'un gros vaisseau peut parfois prêter à une longue survie.

Qu'entend-on pas hématomèses graves ? Prenons à ce sujet l'opinion de Savariaud, qui a divisé les hémorragies gastriques en trois classes :

1° *Forme foudroyante.* — Un individu ressent un malaise profond, une angoisse soudaine, une sensation de plénitude de l'estomac, il pâlit et tombe en rendant des flots de sang; la peau se décolore, se couvre de sueur, les yeux se voilent, le cœur se ralentit, le pouls ne bat plus, la respiration est suspicieuse, le malade pâlit et s'éteint. Exceptionnellement, l'hémorragie peut être si abondante et si brusque que le malade meurt avec les signes de l'hémorragie interne. Plus souvent, une première hématomèse s'arrête et une seconde ou une troisième tue le malade quelques instants plus tard;

2° *Forme aiguë.* — L'hémorragie, quoique considérable, n'est pas exceptionnellement fatale, mais elle se reproduit et peut entraîner la mort; si elle est unique,

ou se reproduit longtemps après, la guérison peut s'effectuer;

3° *Forme chronique.* — Elle est constituée par l'exagération de l'hématémèse habituelle de l'ulcère. Les hémorragies, peu abondantes, ne deviennent graves que parce qu'elles se répètent et qu'on ne peut pas les arrêter. Cette division est un peu arbitraire, car, tel ulcère qui ne se révèle longtemps que par des suintements sanguins persistants, laisse un jour échapper des flots de sang.

D'après ce qui précède, nous pouvons caractériser les *hématémèses graves*, par les caractères suivants :

1° Elles sont *abondantes*, certains malades arrivent à rejeter un litre et demi de sang;

2° Elles sont *récidivantes*, se reproduisant avec une remarquable ténacité.

3° Elles mettent la vie du malade *en danger constant*. Le dépérissement du malade est rapide, l'anémie est profonde, car ces pertes de sang, sans cesse renouvelées, finissent par être aussi préjudiciables que les grandes hémorragies. De plus, l'alimentation est presque impossible, l'ingestion des aliments étant suivie habituellement d'une nouvelle hématémèse. Enfin, les ulcères, qui déterminent ces hémorragies sont presque toujours des ulcères du pylore, qui provoquent un rétrécissement de cet orifice avec toutes ses conséquences : vomissements, inanition... Aussi, les malades qui en sont atteints dépérissent-ils d'une façon rapide. L'aspect de ces malheureux est lamentable, quasi sans connaissance, si faibles qu'on n'ose les toucher, de peur de les voir s'évanouir. Lorsque les malades guérissent, le

retour à la santé est excessivement lent, pendant des mois, la face reste molle et blanche, les téguments, pâles, n'ont plus la fermeté souple, l'élasticité de ceux de l'individu bien portant, les patients accusent des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, enfin, on trouve, du côté du cœur et des vaisseaux, des souffles analogues à ceux de l'anémie chlorotique, les globules rouges sont très diminués et tombent à deux millions.

Traitement

Le traitement des hématomés graves est à la fois médical et chirurgical. Le traitement médical est généralement le premier employé; c'est le traitement classique de toutes les hémorragies : fragments de glace à l'intérieur, boissons glacées, injections sous-cutanées de morphine, d'ergotine, ipéca à doses nauséuses, ventouses sèches, vessie de glace au creux épigastrique, injection de sérum gélatiné à deux pour cent ou de sérum artificiel, enfin, et ceci est essentiel, diète absolue. L'alimentation par la bouche doit être entièrement suspendue durant quelques jours, on y supplée par des lavements alimentaires et désaltérants; la soif est calmée par quelques pilules de glace, mais il faut se garder de donner à boire par la bouche, les liquides ingérés pouvant donner naissance à des contractions et mettre obstacle à l'hémostase. Quand cette dernière est assurée, que les vomissements et les selles ne contiennent plus de sang, on fait une tentative d'alimenta-

tion par la bouche avec un peu de lait ou de bouillon froids; si le liquide est toléré, on arrive progressivement à l'alimentation. Il ne faut cependant pas oublier que, dans ces affections, la situation du médecin appelé auprès d'un malade est très délicate : si, confiant dans l'efficacité du traitement médical, il attend trop longtemps, il s'expose à voir mourir son malade en quelques secondes, d'hémorragie foudroyante; un mouvement, un effort peuvent faire détacher le caillot obturateur et le malade est emporté, sans qu'on puisse lui porter secours, ou bien, s'il se décide à faire opérer, il est trop tard, le malade, affaibli, ne peut plus supporter l'opération et il meurt, sans nouvelle réaction, sans hémorragie, sans péritonite, tout simplement parce qu'il n'a pas pu supporter le choc opératoire, d'où intérêt à examiner sérieusement les symptômes en faveur du traitement médical ou chirurgical. Pour cela, il ne faut pas trop s'appuyer sur la quantité de sang rejetée en une fois, c'est un argument sans valeur; la répétition des hématémèses est un argument beaucoup plus intéressant en faveur du traitement chirurgical. On a proposé aussi d'avoir recours à la numération des globules rouges, au dosage de l'hémoglobine, mais la limite est difficile à fixer.

Le traitement chirurgical ne peut être effectué que dans les hémorragies aiguës ou chroniques, l'hémorragie foudroyante ne laissant pas au chirurgien le temps d'agir. Pour la première fois, le 13 février 1887, Mickulicz intervint pour arrêter une gastrorragie ulcéreuse; le malade mourut deux jours après et ce n'est que cinq ans plus tard, en 1893, que Roux, de Lausanne, obtint le premier succès chirurgical. Mais l'opé-

ration se faisant en général dans de mauvaises conditions, les chirurgiens ne s'enhardissaient pas et onze ans après la tentative de Mickulicz, en 1898, Savariaud ne pouvait réunir que quinze interventions pour hématomèses graves. *

Les opinions sont très partagées au sujet de l'utilité de l'intervention; en sa faveur, on invoque les difficultés de l'hémostase spontanée dans cet organe mou, élastique, contractile, sécrétant d'autant plus que l'ouverture du vaisseau n'est généralement pas complète, mais latérale. Dieulafoy la préconise dans les hématomèses de l' « *exulceratio simplex* », si elles atteignent d'emblée et d'un coup un demi-litre à un litre de sang et, à plus forte raison, si elles se répètent une deuxième ou une troisième fois, à brève échéance. L'opinion la plus communément admise est que le chirurgien doit opérer, lorsque le traitement médical échoue, après avoir été appliqué durant quelques jours. En pratique, Tuffier, Kocher, Rodman, Robson sont d'accord pour n'opérer qu'après une deuxième hémorragie abondante et, au plus tard, après la troisième.

Rodman ne compte pas moins de douze procédés qui ont été mis en œuvre :

1° La gastrectomie ou la pylorectomie, suivant la localisation de l'ulcère;

2° La gastro-entérostomie;

3° La gastrotomie;

4° L'excision;

5° L'excision avec ligature de l'artère;

6° La ligature en masse de la muqueuse;

7° La suture de l'ulcère;

8° La cautérisation;

- 9° La pyloroplastie;
- 10° La gastrorraphie;
- 11° La ligature de l'artère principale;
- 12° Le curettage de l'ulcère avec ou sans cautérisation.

Enfin, et ces procédés seront plus loin l'objet d'une étude détaillée :

La jéjunostomie, pratiquée d'emblée.

La jéjunostomie, associée à la gastro-entérostomie.

Parmi ces opérations, il en est plusieurs qui n'ont été qu'un pis aller et ne doivent pas être conservées : ainsi la *gastrorraphie*, avec d'impuissance du chirurgien; la *gastrotomie*, temps préalable de l'exploration de la muqueuse. Notons cependant l'utilité de cette dernière, lorsqu'elle évacue les caillots, dont l'estomac ne pourrait que difficilement se débarrasser lui-même, mettant l'organisme au repos, elle favorise l'hémostase spontanée. Le curettage, utile pour déceler la source d'une hémorragie, quand elle n'apparaît pas nettement, est insuffisant à l'arrêter. La *pyloroplastie* est condamnable, chaque fois qu'elle a la prétention de guérir un ulcère en activité. Selon nous, il n'y a qu'une bonne opération, celle qui supprime le point saignant et elle peut le faire de deux façons : en enlevant l'ulcère, ce qui est évidemment l'opération de choix, ou en le fermant, quand il n'est pas possible de l'exciser. L'*excision* est réalisée par la *gastrectomie*, qui sera souvent une *pylorectomie*, mais il est bien évident qu'elle ne peut convenir qu'aux ulcères non adhérents, mobilisables, situés de préférence sur la face antérieure, pas trop haut, et à des malades dont l'état général est assez bon. Si ces conditions ne sont pas réu-

nies, on ferme cet ulcère, qu'on est contraint de laisser en place, soit par la ligature en masse de la muqueuse, moyen particulièrement applicable à une ulcération superficielle, soit en enfouissant le point saignant dans un pli de la muqueuse, au moyen de quelques catguts passés au-dessous de lui, soit par la suture, après résection et décollement des bords de la perte de substance, poursuivi jusqu'en tissu sain, quand il s'agit d'un ulcère, plus profond et plus étendu. Il est à peine besoin de dire qu'au cours de cette manœuvre, on liera le vaisseau ouvert. La *cautérisation au thermocautère*, bonne tout au plus contre les saignements capillaires qui sont précisément le triomphe des moyens faciles, tels que la *ligature* ou la *suture* de la muqueuse, sera utilisée, à défaut de ceux-ci, quand ils seront difficiles à mettre en œuvre, par exemple, si l'exulcération est très haut située. Illusoire contre les saignements artériels, elle n'est même pas sûrement inoffensive, car si l'escarre qui s'en suit est profonde, elle risque de déterminer par sa chute une hémorragie de l'estomac. La *ligature de l'artère à distance* est inférieure à la ligature de l'artère dans la plaie, elle trouve son application quand l'ulcère est difficilement accessible ou que la faiblesse du patient fait reculer devant la résection. Si on s'y décide, il ne faut pas se contenter d'une seule ligature, placée entre la naissance de l'artère et l'ulcère, mais imiter l'exemple de Roux et lier aux deux extrémités, pour éviter le retour de l'hémorragie par récurrence.

Enfin, la *gastro-entérostomie* a été proposée et mise en pratique pour combattre les hématomés graves. La première opération appartient à Doyen (de Reims).

Nous avons pu en rassembler un certain nombre, dont la plupart appartiennent à Petersen, Robson, Tuffier et Hartmann. Les résultats, déplorables au début, puisque Savariaud, en 1898, relate quinze interventions avec dix morts, n'ont pas tardé à s'améliorer. La statistique de Rodman, en 1901, n'offre plus qu'une mortalité de 37 %, de même Tuffier, en 1907. Les frères Mayo, de Rochester, en 1908, présentent 89 % de guérisons et J. Deaver, de Philadelphie, 85 %. A l'heure actuelle, le pourcentage des décès a encore diminué. La gastro-entérostomie jouit d'une grande faveur auprès de certains chirurgiens, mais d'autres, aussi nombreux, la combattent vivement. Nous allons examiner brièvement ses avantages et ses inconvénients.

D'après Robin, la principale cause de la souffrance chez les hyperchlorhydriques serait la contraction du pylore, elle force la stase des matières alimentaires dans l'estomac, empêche le suc gastrique trop acide de s'écouler vers l'intestin, d'où recrudescence des douleurs, irritation constante de l'ulcère par le contenu stomacal et répétition des vomissements. La gastro-entérostomie évacue l'estomac, prévient la stase, déverse vers l'intestin le contenu acide de l'estomac et libère la surface ulcérée d'un contact chimique douloureux; comme conséquence, l'ulcère moins excité n'agit plus sur le pylore par voie réflexe, pour y maintenir la contraction spasmodique. Enfin et surtout, d'après ses partisans, la gastro-entérostomie mettrait l'estomac au repos complet, ce qui permettrait à l'ulcère de guérir; certains même, allant plus loin, parlent de cure radicale de l'ulcère par la gastro-entérostomie.

Il n'en est malheureusement pas ainsi : Heidenreich

tire un argument en faveur de la gastro-entérostomie, en comparant la mortalité par ulcère et la mortalité opératoire, cette dernière étant beaucoup plus faible. Mais ces jeux de la statistique ne méritent pas d'être discutés scientifiquement. Il faut faire remarquer que la gravité de l'acte opératoire est parfois, non pas substituée, mais ajoutée à celle de l'ulcère et que la gastro-entérostomie a tué des malades qui auraient guéri spontanément. Il ne s'agit pas de savoir en bloc si la maladie est plus grave que l'opération, mais si, dans tous les cas, l'une est applicable à l'autre et, pour cela, il faut consulter l'indications fournies par l'analyse des symptômes et de l'évolution individuelle. Il est un fait indéniable, c'est que, bien souvent après la gastro-entérostomie, les douleurs, les saignements, les vomissements disparaissent. A la suite de la guérison ou de l'atténuation des signes cliniques, on peut se croire autorisé à affirmer la guérison anatomique de la lésion. Malheureusement, qu'on enfouisse l'ulcère, qu'on le résèque, qu'on fasse l'anastomose stomaco-jéjunale, la récurrence, assez fréquente, ne s'en reproduit pas moins. Sous forme de gastrorragies, perforations, ulcère du duodénum. Le seul effet durable, c'est de raccourcir le cycle digestif qui était trop long; de ce fait, par suppression de la stase, l'ulcère juxta-pylorique peut guérir plus facilement, mais non pas sûrement. La soi-disant mise au repos de l'estomac est illusoire, ce n'est qu'un simple trou béant qui a été créé, les fonctions de l'organe continuent. Si l'évacuation est facilitée, l'évolution digestive reste longue, l'hyperacidité persiste souvent, ainsi que la dilatation, seuls les troubles moteurs sont supprimés, ce qui est déjà énorme. Les gué-

risons annoncées sont-elles définitives ? Pas toujours, car les résultats rapprochés, bons, ne valent pas les résultats définitifs. Enfin, la plus grande critique à adresser à la gastro-entérostomie, c'est que c'est une opération longue, pénible, sous chloroforme, laissant le malade généralement très abattu. Or, justement, il ne faut pas oublier que nous avons affaire, dans la majorité des cas, à des malades abattus, affaiblis par de grandes pertes de sang et qui supporteront difficilement un choc opératoire un tant soit peu violent.

En résumé, nous pouvons conclure que la gastro-entérostomie peut être employée souvent avec succès dans les hématomés graves; par malheur, son action n'est pas constante; nous pouvons dire seulement que l'hémostase est souvent obtenue, non pas par la gastro-entérostomie, mais après la gastro-entérostomie. Ce n'est donc pas un moyen radical. Nous allons maintenant passer à l'étude d'un système opératoire qui, s'il n'est pas parfait, est préférable, dans bien des cas, à la gastro-entérostomie : nous avons nommé la jéjunostomie.

La Jéjunostomie

HISTORIQUE

La jéjunostomie est l'abouchement temporaire ou définitif du jéjunum à la paroi abdominale, créé dans un but bien défini : créer à l'alimentation une voie dérivée, mettre l'estomac au repos. C'est une bouche artificielle, une bouche contre nature; l'anüs contre nature, portant sur le jéjunum, ne constitue pas une jéjunostomie, c'est un anus haut placé, défectueux, une mauvaise opération, mais rien de plus.

La jéjunostomie est une opération bien française, comme l'a rapporté M. Terrier à la Société de chirurgie en 1898. C'est Surmay, chirurgien de l'hôpital de Ham, qui exécuta la première jéjunostomie, le 19 juin 1878, dans le service du professeur Le Dentu, à l'hôpital Saint-Antoine, sur une malade de Dujardin-Beaumetz, présentant tous les signes d'une sténose pylori-

que. Si la jéjunostomie est bien d'origine française, il faut avouer que c'est surtout à l'étranger qu'elle a été étudiée et appliquée. Tandis que, de 1878 à 1898, en France, on ne s'occupe pas de cette question, si bien qu'on ne rencontre que trois observations isolées de Peyrot et de Martaz; à l'étranger, au contraire, paraissent un grand nombre d'observations à ce sujet.

En 1898, le professeur Terrier, à la Société de chirurgie, après avoir montré que la première observation à ce sujet appartient bien à Surmay, après avoir donné lecture d'une observation nouvelle, dit à quelles indications répond, à son avis, la jéjunostomie et expose la technique opératoire. A la suite de cette observation, M. Le Dentu rapporte une observation de jéjunostomie faite à Necker, pour un cancer de l'estomac.

En 1898, M. Jeannel, dans son livre : *La Chirurgie de l'estomac*, consacre un court chapitre à la jéjunostomie; il insiste plus longuement sur cette opération dans une nouvelle édition, parue en 1901, et décrit en détails les nombreux procédés de fistulisation jéjunale.

Silence absolu jusqu'en 1902.

Encore une fois, le professeur Terrier monte à la tribune de la Société de chirurgie, donne lecture d'une nouvelle observation de jéjunostomie et indique une modification apportée au projet primitif, qui n'était, en somme, que le procédé de Surmay, bien réglé dans ses différents temps.

Le 10 février 1904, M. Schwartz lit à la Société de chirurgie son rapport sur un mémoire de Riche, intitulé : « De la jéjunostomie et particulièrement de la jéjunostomie en Y ». Il en profite pour faire un rapide

exposé de l'état actuel de la question, il prône la jéjunostomie en Y parce qu'elle lui paraît la plus sûre, et la plus prompte à assurer la continence, mais il lui préfère la gastro-entérostomie antérieure et postérieure toutes les fois qu'il est possible de l'exécuter. De ceci, il résultait que la jéjunostomie ne devait être regardée que comme un pis aller, une opération d'exception, applicable à des cas très rares, dans lesquels ni la gastrotomie, ni la gastro-entérostomie ne sont possibles.

Cependant, quelques mois plus tard, M. Quénu discutant à la Société de chirurgie, la valeur de la gastro-entérostomie dans les ulcères hémorragiques de l'estomac, se demande si, devant les résultats peu encourageants obtenus, il ne faudrait pas se résigner à une nouvelle opération, dans les cas d'ulcères saignants en évolution, si on ne pourrait pas, par une jéjunostomie, mettre l'estomac au repos et arrêter la marche de l'ulcère.

Puis, nous voyons paraître, dans la *Semaine Médicale* de juillet 1904, l'article si documenté, si précis de M. Lejars. Il réhabilite la jéjunostomie avec Maydl von Eiselsberg; il étend ses indications, nous montre les résultats obtenus dans certaines formes d'ulcères peptiques et, avec sa grande clarté habituelle, il nous expose les différents procédés opératoires, en fait la critique et donne la préférence à la jéjunostomie latérale avec canalisation de Witzel von Eiselsberg.

En 1904, M. Montprofit fait paraître quelques notes sur la jéjunostomie dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*.

La thèse de Brasseur : « De la jéjunostomie et principalement de la jéjunostomie en Y au cours d'un ul-

cère de l'estomac en activité » vient ensuite et présente un historique à peu près complet de la question.

Les intéressantes communications de MM. Lejars et Quénu, Société de chirurgie, juin 1906, montrent les bénéfices que l'on peut retirer de la jéjunostomie dans certaines formes de gastrites ulcéreuses.

Notons un article de M. Chevrier, paru dans la *Gazette des Hôpitaux*, du 10 janvier 1907, dans lequel il propose, se plaçant au point de vue fonctionnel, une classification originale des procédés opératoires et expose avec grande clarté un procédé personnel de jéjunostomie valvulaire.

M. Leriche, dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine* de mars 1909, publie cinq observations de jéjunostomie avec quatre succès opératoires et une guérison.

Le professeur Tixier, dans la séance du 10 décembre 1908, de la Société de chirurgie de Lyon, s'étend longuement sur la question et présente une observation personnelle extrêmement intéressante.

En 1912 et 1913, le professeur Bérard et M. Alamar-tine se sont également occupés de la question.

A l'étranger, en Allemagne surtout, de nombreux travaux paraissent, travaux documentés, basés sur un grand nombre d'opérations.

Avec Cackovic, Kellwig, Von Eiselsberg, la jéjunostomie prend un essor considérable, ses indications s'élargissent, ce n'est plus toujours une opération de nécessité, elle devient, dans certains cas, une opération de choix.

Le 9 mars 1883, Robertson, d'Oldham, fait la deuxième jéjunostomie. Le 27 novembre 1885, Gol-

ding Bird communique à la Clinical Society of London, une nouvelle observation de jéjunostomie. Il s'agissait d'une tumeur pylorique. Une erreur de technique amena une péritonite et la mort du malade.

En 1887, Maydl, de Prague, publie son premier procédé de jéjunostomie, analogue à celui de Surmay, indique l'incision de choix et la manière de rechercher le jéjunum.

Greig Smith propose une autre méthode opératoire exécutée en 1891, par Mayo Robson.

En 1888, Albert, de Vienne, en 1891, Larkin, communiquent des résultats de jéjunostomie dans des cancers du pylore.

Hahn, en 1891, emploie la jéjunostomie dans les brûlures de l'œsophage.

Maydl, en 1892, publie un nouveau procédé, « procédé en Y », qui porte son nom; en 1898, il publie un mémoire important; où il recueille vingt-deux observations; en 1903, il expose vingt-sept cas de cancers, traités par jéjunostomie. Pour Maydl, la jéjunostomie ne doit plus être une opération « in extremis »; un pis aller, parce que toute gastro-entérostomie est impossible, elle doit constituer une intervention de choix et non de nécessité. Dès 1897, Maydl applique la jéjunostomie à des ulcères de l'estomac, avec des résultats excellents; elle est, pour lui, l'opération la plus rationnelle et la moins dangereuse.

En 1894, Albert, de Vienne, publie un nouveau procédé.

En 1895, Von Eiselsberg applique à la jéjunostomie le procédé de Witzel, il publie les indications de l'opé-

ration, qu'il donne excellente, contre les hématomés graves, consécutives aux ulcères de l'estomac.

En 1896, Karemski publie des observations de jéjunostomie, pour ulcère de l'estomac, dans le *Berliner Klinische Wochenschrift* ».

En 1898, thèse de Scholtz, incomplète et inexacte.

En 1898-99, Henlé et Heidenhain appliquent la jéjunostomie dans les hématomés aigus, avec un succès relatif.

Neuman recommande la jéjunostomie comme seule capable d'assurer le repos de l'estomac dans les ulcères.

Keetley, en 1903, publie les bons effets de la jéjunostomie dans les ulcères florides.

Maragliano, en 1903, publie quatre observations de jéjunostomie pour ulcères compliqués.

De même, deux observations de Stick en 1903.

En 1905, mémoire important de Lempp, inspiré de Von Eiselsberg; il pose nettement les indications de la jéjunostomie, dans le cancer, l'ulcère, les brûlures de l'estomac et de l'œsophage; il présente un grand nombre d'observations et conclut au bien fondé de cette opération qui peut rendre de grands services et qu'on aurait tort de dédaigner.

Le 3 juin 1905, Mayo Robson publie dans *The Lancet*, un nouveau procédé de jéjunostomie, dérivé de celui d'Albert, de Vienne.

L'histoire de la jéjunostomie présente le plus grand intérêt. Elle nous montre, dans une première phase, cette opération, éminemment française, ignorée de la plupart des chirurgiens français, passer à l'étranger; dans une deuxième période, on s'occupe un peu plus de

cette question, qui semble intéresser davantage nos sociétés savantes, mais c'est encore à l'étranger que la jéjunostomie est accueillie avec le plus de faveur; c'est là qu'elle est étudiée avec le plus de soin, c'est encore de l'étranger que nous viennent le plus d'observations.

Encore actuellement, certains chirurgiens conservent à la jéjunostomie les indications du début de son existence et ne lui conservent le droit de vivre que des contrindications de la gastrotomie et de la gastro-entérostomie. Cependant, les procédés opératoires se sont modifiés, améliorés, les indications se sont précisées, étendues, les résultats sont devenus meilleurs. La gastro-entérostomie est, certes, une excellente opération, mais il n'en est pas moins vrai que, souvent, on lui a demandé plus qu'elle ne pouvait, ne saurait donner. Nous avons une grande admiration pour cette opération, mais nous croyons que c'est une grave erreur d'en faire une opération de choix, toujours et quand même et nous pensons que, trop souvent, on a renoncé bien à tort aux bénéfices d'une jéjunostomie.

Rôle de la Jéjunostomie

La jéjunostomie a pour buts :

- 1° D'ouvrir à l'alimentation une voie dérivée;
- 2° De mettre l'estomac au repos.

L'un et l'autre, comme dit Lejars, sont évidemment solidaires, mais ils n'en répondent pas moins à des indications parfois différentes et cette mise au repos de l'estomac peut devenir parfois le seul but du traitement, alors qu'aucun obstacle mécanique n'entrave encore gravement l'alimentation par la voie normale. Mais, auparavant, nous devons nous demander :

- 1° Si l'alimentation exclusive par une bouche jéjunale peut être suffisante;
- 2° Si l'estomac est mis au repos complet, par l'établissement de cette bouche artificielle.

Il est établi, d'une manière évidente, que toutes les modifications chimiques dont les aliments ont besoin pour devenir assimilables s'effectuent dans l'intestin et que l'estomac ne fait que préparer ces modifications.

Donc, la suppression de l'action gastrique ne doit pas porter un grave préjudice à la nutrition; il est établi, par expérimentation sur les animaux, que l'on peut établir une alimentation suffisante par une fistule intestinale haute. Sur l'homme, de nombreux cas de jéjunostomie en fournissent la preuve et, après l'opération, la digestion se fait normalement, comme en témoigne l'examen des fécès; l'absorption n'est nullement entravée et on voit les opérés augmenter de poids, souvent d'une façon considérable.

Sans doute, les aliments sont introduits dans l'intestin, notablement au-dessous du niveau d'abouchement du canal cholédoque et du canal pancréatique, mais si la continence est parfaite, il n'y a pas déperdition de bile et de suc pancréatique qui peuvent, dès lors, exercer leur action. Mais, cette sécrétion des sucs biliaire et pancréatique est-elle normale ? Se fait-elle régulièrement après jéjunostomie ? Il est admis communément aujourd'hui que la sécrétion de ces sucs est sous la dépendance d'un réflexe qui peut être aussi bien jéjunal que duodénal. Après jéjunostomie, la sécrétion pancréatique et biliaire a lieu, moins accentuée peut-être qu'à l'état normal, mais suffisante cependant pour permettre une digestion complète des aliments introduits. Nous devons nous demander maintenant si, après jéjunostomie, la mise au repos de l'estomac est complète, aussi bien au point de vue moteur que sécrétoire. La question n'est pas entièrement résolue mais, d'après de nombreuses expérimentations, il semble vraisemblable que, peu après l'introduction des aliments dans l'intestin, la sécrétion des glandes gastriques est excitée, mais se tarit très rapidement. Un fait

remarquable est l'action motrice et sécrétoire de l'alcool, dont il faut éviter l'introduction dans la bouche jéjunale.

En résumé, la jéjunostomie est capable de permettre une alimentation dérivée suffisante et elle assure à l'estomac un repos qui, s'il n'est pas complet, est néanmoins suffisant pour assurer la guérison de l'ulcère, cause de l'hématémèse dans bien des cas.

Technique opératoire

Quel que soit le procédé opératoire employé, il doit obéir aux règles suivantes :

1° Il doit être *rapide et facile*, l'intervention devant pouvoir se faire sous simple anesthésie locale. Cette première nécessité est imposée par les conditions dans lesquelles la jéjunostomie est indiquée : les opérés sont toujours dans un état général très précaire. Si le procédé employé constitue une opération longue, nécessite l'anesthésie générale, la mortalité opératoire devient prohibitive de l'intervention.

2° La bouche jéjunale doit être *continente*; cette continence est exigée par une double nécessité :

a) La néostomie doit assurer, d'une façon complète, l'alimentation des opérés, l'estomac devant être mis au repos absolu.

b) La néostomie ne doit pas provoquer d'accidents locaux. Les accidents locaux d'infection et de digestion de la paroi sont à craindre, plus encore peut-être

qu'à la suite d'une gastrotomie incontinent. En effet, la proximité du duodénum, le déversement à ce niveau de la bile et du suc pancréatique, à action protéolytique plus intense que celle du suc gastrique, fait du chyme jéjunale un véritable caustique de la paroi abdominale. La nécessité d'alimenter les malades est absolue dans les ulcères hémorragiques, la mise au repos de cet organe devant être complète. Du reste, si la fistule était incontinent, la dénutrition serait plus rapide encore que s'il s'agissait d'une gastrotomie, le malade perdant non seulement ses aliments, mais aussi les sécrétions biliaire et pancréatique.

3° La bouche jéjunale ne doit pas s'oblitérer d'elle-même; cependant, lorsqu'on le désire, elle doit pouvoir *s'oblitérer spontanément*, facilement, sans intervention grave; dans le cas d'ulcère, la bouche ne doit être que temporaire.

4° La bouche jéjunale ne doit pas, soit par elle-même, soit par les dispositifs intra-abdominaux nouveaux entraîner des troubles de canalisation intestinale. Comme Chevrier l'a bien démontré, ces troubles de la canalisation intestinale peuvent tenir à plusieurs causes : tout d'abord, il peut y avoir rétrécissement de l'intestin par des sutures longitudinales embrassant une portion trop considérable du calibre de l'anse. En second lieu, il peut y avoir coudure, au niveau de la fixation à la paroi, cette fixation étant faite en mauvaise place ou dans des conditions défectueuses, sur une étendue insuffisante, par exemple.

Nous pouvons placer ici le tableau des procédés opératoires de Chevrier qui est à peu près complet.

Deux groupes de procédés :

1° Jéjunostomies latérales.

2° Jéjunostomies terminales ou en Y.

1° JÉJUNOSTOMIES LATÉRALES	{	simples { en un temps { en deux temps	{	variantes de	{	Surmay Greig Smith Jessel Montaz Terrier - Guinard
		avec canalisation {		avec fixation à la paroi abdominale		{ Witzel Eiselsberg
				sans fixation à la paroi abdominale		{ Heidenhain
		avec refoulement d'un entonnoir à la Fontan		{		{ Kader-Jeannel Waiter - Chevrier
2° JÉJUNOSTOMIES TERMINALES OU EN Y	{	avec antéro-anastomose	{	Albert Robson	{	
		Procédés de Maydl		variantes de		{ Kelling Soulinoux Quénu

De tous ces procédés, nous allons passer brièvement en revue les plus employés :

1° Jéjunostomie latérale typique de Surmay.

Ce procédé est le plus simple, facile à exécuter en quelques minutes, grâce à l'anesthésie locale. Ce sont là des conditions qui le recommandent quand il s'agit d'un sujet profondément débilité. L'incision est médiane, moitié sus et sous-ombilicale, longue de huit à dix centimètres, permettant, par conséquent, une exploration suffisante de l'estomac. On va à la recherche de l'angle duodéno-jéjunal; on choisit, à vingt ou trente centimètres au-dessous de lui, le point où portera l'entérostomose; l'intestin est disposé verticale-

ment et on le suture à la paroi sur son bord libre; cette suture peut être faite sur deux plans, avec ouverture immédiate de l'intestin, un premier point séro-musculaire, à points séparés ou en surjet, unit l'intestin à la paroi abdominale. Avec une pointe fine de bistouri, on fait à l'intestin une ouverture étroite, admettant juste une sonde n° 14 ou 16; une couronne de points séparés fait la suture muco-cutanée. Cette opération, simple, rapide, peut être menée en quelques minutes; par la sonde, on introduit quelques cuillerées de liquide, mais, si on dépasse quatre ou cinq cuillerées, le péristaltisme intestinal les rejette au dehors. Peu à peu, la quantité de liquide, introduite en une fois, peut être augmentée et peut aller jusqu'à 250 grammes. Mais le reflux des liquides intestinaux est presque la règle, et, en raison des inconvénients qui en résultent, on a dû compliquer la technique opératoire.

2°. Jéjunostomie en Y de Maydl.

L'incision de la paroi est la même que précédemment : à trente centimètres de l'angle duodéno-jéjunal, l'intestin est saisi entre deux pinces et sectionné. Le bout supérieur est implanté dans le bout inférieur par une anastomose termino-latérale, soit avec des sutures, soit à l'aide de boutons de Murphy; de plus, l'implantation doit se faire le plus bas possible, à vingt ou trente centimètres de l'extrémité libre du bout inférieur, pour gêner le plus possible le retour des aliments. Le bout inférieur est séparé du mésentère sur une longueur de quatre à cinq centimètres; on ne l'abouche pas directement à l'incision pariétale, mais voici comment on opère : à deux centimètres en dehors

de cette incision, on fait une petite incision cutanée verticale, on sépare le petit pont de peau de l'aponévrose sous-jacente, le tube intestinal est attiré sous le pont de peau et suturé au pourtour de l'orifice latéral; l'incision médiane est alors suturée. Grâce à l'implantation basse du bout supérieur sur l'inférieur, grâce, d'autre part, à la coudure et à la compression par le pont cutané, du tube intestinal d'aboutement, la continence est, en général, obtenue.

Une modification intéressante a été apportée à ce procédé par M. Kelling. On fait d'abord comme dans l'opération de Maydl, la section au bon endroit, de l'intestin et l'implantation basse du bout supérieur dans l'inférieur; le bout inférieur est attiré alors dans l'incision cutanée et séparée de son mésentère sur une longueur de 6 centim.; on le lie en bourse à son extrémité pour empêcher le reflux des liquides et on le suture aux lèvres de l'incision pariétale qui est fermée complètement; le tube intestinal dépasse la paroi d'environ 5 à 6 centim.; près de son extrémité, c'est-à-dire de la suture en bourse, on fait une incision, admettant une sonde de Nélaton, n° 18; cette sonde y est enfoncée profondément et fixée à son extrémité par un tube de catgut, puis la sonde est repoussée profondément, entraînant avec elle l'intestin qui s'invagine dans l'anse profondément située. On fixe cette invagination en jetant quelques fils de catgut entre les parois séreuses du cylindre invaginé.

3° *Jéjunostomie latérale avec canalisation. Procédé de Witzel von Eiselsberg.*

Incision médiane sous et sus-ombilicale, recherche

de l'angle duodéno-jéjunal. La première anse intestinale est attirée, disposée verticalement et fixée avec deux pinces à dents fines, disposées sur le bord libre, à dix centimètres l'une de l'autre; l'anse est enveloppée de compresses aseptiques. Au-dessus de la pince inférieure, un bistouri fin fait à l'intestin un petit orifice permettant une sonde de Nélaton n° 14, dont le bout est enfoncé de 8 à 10 centim. dans l'intestin; un fil de catgut, faufilé autour de la sonde, dans la couche musculo-séreuse, est serré sur elle pour assurer l'occlusion de l'orifice. La sonde est appliquée en long sur l'intestin et elle est enfoncée sous un surjet qui ramène par-dessus elle les parois, à droite et à gauche de la sonde. Ce surjet commence, en bas, au-dessous de l'orifice de pénétration de la sonde et il se prolonge en haut, sur une hauteur d'environ dix centimètres. De la sorte, la sonde est enfoncée dans un canal séreux complet.

Pour empêcher qu'il se produise une coudure de l'intestin et pour le maintenir rectiligne, il est bon de le suturer à la paroi par quelques points séparés au catgut, prenant l'intestin à droite et à gauche du surjet, sur toute sa hauteur. Ces points sont musculo-séreux sur l'intestin, séreux sur la paroi. Enfin, la paroi est suturée sur toute la hauteur de l'incision, à l'extrémité supérieure de laquelle la sonde est fixée.

La sonde est maintenue en place pendant longtemps, puis on peut l'enlever et ne la réintroduire qu'au moment des repas, la continence est parfaite.

La jéjunostomie, suivant qu'elle s'adresse aux affections néoplasiques ou non de l'estomac peut être définitive ou temporaire.

Dans ce dernier cas qui, seul, nous intéresse, après

une période plus ou moins longue de fistulisation, il faudra songer à fermer la bouche jéjunale. Seuls, les procédés de Maydl et de Witzel-Eiselsberg ont été employés un assez grand nombre de fois dans la jéjunostomie temporaire pour permettre de se rendre compte du fonctionnement éloigné de la bouche jéjunale et de son évolution. Dans le procédé de Witzel-Eiselsberg, la fermeture spontanée est la règle, dans le procédé de Maydl, l'extrême exception; une deuxième intervention est toujours, pourrait-on dire, nécessaire. Sans ouvrir le ventre, on retrouve sous la peau le petit segment extériorisé et rien n'est plus facile que d'en faire l'occlusion, après l'avoir avivé. On peut encore, si on le juge nécessaire, transformer la jéjunostomie en Y en gastro-entérostomie. Disons maintenant quelques mots sur la manière d'alimenter les opérés.

On peut commencer l'alimentation très vite après l'opération et c'est là, certainement, un des avantages de la jéjunostomie. Il est facile de comprendre les bénéfices énormes qu'on peut retirer de cette alimentation très rapprochée, lorsqu'on se trouve en présence de malades très affaiblis et menacés d'une mort rapide par inanition. Au début, les aliments doivent être liquides, lait, bouillon, thé, etc.; ils sont très vite introduits, absorbés et rapidement digérés; plus tard, on ajoutera des purées claires, des œufs, de la poudre de viande. Lorsqu'on a eu recours au procédé de Maydl, on peut se permettre de donner une alimentation plus variée, plus substantielle : purées épaisses, pain, viande hachée. Les aliments doivent être à la température du corps, si l'on veut éviter l'apparition de coliques et de la diarrhée, que ne manque pas de provoquer l'introduction de liquides froids. On doit, au dé-

but, donner peu de nourriture à la fois, cent cinquante à deux cent cinquante grammes au plus et c'est à petits coups, lentement, qu'elle doit être introduite, sinon les malades ont des ballonnements pénibles, de véritables douleurs et parfois du reflux.

Peu à peu, l'intestin s'habitue et on peut, très rapidement, donner une nourriture plus abondante. Les malades arrivent très bien à supporter un litre de lait additionné de poudre de viande et de plusieurs jaunes d'œufs à chaque gavage. Bien entendu, surtout au début, il est nécessaire de multiplier les repas, pour réaliser une bonne et complète alimentation.

La fistule d'une jéjunostomie temporaire doit être maintenue pendant un temps relativement long, même si l'amélioration est très sensible et très rapide, il ne faut point se hâter de faire reprendre l'alimentation par les voies naturelles. Il est indispensable auparavant de tâter l'estomac, de voir si le chimisme gastrique est revenu à l'état normal. Il ne faut point cesser brusquement l'alimentation par la sonde, et passer, du jour au lendemain, à l'alimentation buccale exclusive. Ce n'est que petit à petit que ce changement sera opéré et, pendant un certain temps le malade se nourrira par la fistule et par la bouche. Peu à peu, l'alimentation par la fistule jéjunale sera supprimée, mais on aura soin de laisser encore, par mesure de prudence, la sonde à demeure, se tenant prêt à recourir à elle si une nouvelle crise gastrique venait prouver que les lésions ne sont pas encore guéries. Ce n'est que lorsqu'il sera bien prouvé que les fonctions de l'estomac sont devenues normales que la sonde à demeure sera supprimée et que l'on songera à fermer ou à laisser fermer la bouche jéjunale.

Indications de la Jéjunostomie dans les ulcères de l'estomac

Les indications de la jéjunostomie sont plus étendues dans les ulcères peptiques florides que dans les ulcères cicatrisés et froids. Depuis plusieurs années, on emploie la jéjunostomie, surtout à l'étranger, pour réaliser la mise au repos de l'estomac et amener la guérison de l'ulcère, c'est la théorie de Von Eiselsberg, ainsi que de Maydl, Krause, Lempp, Hahn, Neuman, Keetley, Garré. Dans la presque unanimité des cas, la jéjunostomie cherche à combattre une complication telle que les hémorragies. Peu de temps après l'opération, les douleurs et les vomissements disparaissent, les hématomèses cessent souvent, l'anémie rétrocede et l'état général s'améliore. Notons bien, en passant, que les indications opératoires, pour les chirurgiens étrangers, sont posées à la suite d'une seule hématomèse, alors qu'en France on attend quelque temps pour voir les résultats du traitement médical, d'où évidemment

un bien plus grand nombre d'opérations de jéjunostomie à l'étranger que chez nous.

Examinons quelques cas :

1° *Ulcère avec hématomèse aiguë*. — Les indications opératoires sont peu favorables, le traitement médical par contre réussit assez souvent; l'abstention opératoire semble donc être préférable, c'est l'avis de M. Hartmann et de beaucoup de chirurgiens. En effet, dans les hémorragies aiguës, le pronostic est incertain, l'opération est grave, les malades sont faibles, l'indication opératoire est donc discutable. Cette indication sera fournie par l'abondance des hémorragies et surtout leur reproduction, malgré la diète absolue. L'âge avancé, l'état général mauvais, l'anémie excessive sont des contrindications opératoires. Dans toute hémorragie aiguë, l'indication est de faire l'hémostase, en s'adressant, soit à l'ulcère, soit au vaisseau lésé. Si la lésion n'est pas appréciable à la surface extérieure de l'estomac il faut, sans tarder, faire une gastrostomie large et inspecter minutieusement toutes les régions de la muqueuse. La gastro-entérostomie a quelques succès, mais ne lui a-t-on pas attribué, en maintes occasions, le mérite d'une hémostase qui se serait peut-être effectuée sans elle ? N'oublions pas, en effet, qu'on a vu l'hémorragie s'arrêter après une simple gastrostomie exploratrice. Ne disons pas que l'hémostase est obtenue par gastro-entérostomie, mais après gastro-entérostomie. Pour pratiquer la mise au repos complète, quelques chirurgiens ont eu recours à la jéjunostomie dans les hémorragies aiguës; elle a été appliquée assez rarement et, il faut bien le dire, les résultats n'ont pas

été des plus satisfaisants. Herczel, de Budapest, a rapporté deux cas d'ulcères, dans lesquels la jéjunostomie fut appliquée, à cause d'hémorragies aiguës; les deux malades n'en ont pas moins continué à dépérir. Henlé fit une jéjunostomie pour hémorragies profuses, le malade mourut trois jours après et, à l'autopsie, on trouva une thrombose de la veine porte. Heidenhain opéra deux fois la jéjunostomie pour hémorragie aiguë. Dans le premier cas, les vomissements de sang cessèrent après l'opération; dans le deuxième cas, le succès opératoire fut excellent, mais le malade, au bout de trente-cinq jours se mit à manger par la bouche, malgré la défense, et fut emporté rapidement par une nouvelle hémorragie. Cette observation n'a-t-elle pas la valeur d'une expérience et ne montre-t-elle pas, d'une façon évidente, l'influence de la mise au repos de l'estomac sur l'arrêt des hémorragies et le rôle provocateur des aliments sur leur reproduction ? Il est difficile, vu le petit nombre d'observations, de tirer des conclusions favorables et de connaître, d'une façon exacte, la valeur de la jéjunostomie dans les ulcères compliqués d'hémorragies aiguës.

En présence d'une première hémorragie grave, l'abstention opératoire paraît être la meilleure conduite à tenir, mais si l'hémorragie se renouvelle, l'expectation, même armée, n'est plus de mise, il faut intervenir. L'opération directe est évidemment celle qui satisfait le plus l'esprit; seule, elle permet de faire l'hémostase. C'est parfait en théorie, mais, en pratique, nous l'avons vu, cette opération qui s'attaque franchement à l'ulcère saignant est trop souvent impossible. Aussi, peut-on se demander si, dans l'état actuel, il ne

vaut pas mieux recourir d'emblée à une opération moins longue, moins difficile, moins grave par conséquent, et non de faire directement l'hémostase, mais de la favoriser. La jéjunostomie nous paraît, à cet égard, plus logique que la gastro-entérostomie; elle est facile, vite exécutée et réalise plus complètement le repos de l'estomac et de l'ulcère. Les résultats obtenus seront encore meilleurs, si on a soin, au cours de l'intervention, de ne pas toucher à l'estomac, si l'on évite des recherches et des manipulations inutiles et dangereuses et si l'on recourt à l'anesthésie locale, de façon à ne pas créer des vomissements, qui se montrent, en général, après l'anesthésie générale et ne peuvent que favoriser les hémorragies.

2° *Ulcères avec hématoméses chroniques.* — Dans ce cas, les avis diffèrent étrangement. Pour les uns, la gastro-entérostomie est souveraine, pour les autres il y a lieu de chercher quelque chose de mieux. °

Pour les hématoméses chroniques, — dit M. Montprofit, — « vite redoutables par leur répétition, il est démontré, aujourd'hui, que la gastro-entérostomie donne d'excellents résultats ». Telle est aussi l'opinion de M. Doyen, de Reims. Tous les chirurgiens ne partagent point cet avis et si MM. Montprofit et Doyen n'ont pas observé le retour des hémorragies après gastro-entérostomie, d'autres furent moins heureux et nous voyons, le 19 décembre 1900, M. Delbet lire à la Société de chirurgie, une observation dans laquelle il rapporte une hématomèse foudroyante, survenue huit jours après l'opération. De même, une observation de M. Tuffier, signale la mort du malade quelques heures après l'opération. Nous voyons, le 4 mai 1904,

M. Quénu rapporter une observation à la Société de Chirurgie, où la mort survient par hémorragie post-opératoire le huitième jour. Faisant un rapide exposé des résultats obtenus par le traitement chirurgical, dans les cas d'ulcères hémorragiques en activité, il relate trente deux cas de gastro-entérostomie avec neuf **récidives d'hémorragies**, dont huit morts. A ces cas, nous pouvons en ajouter trois autres de Von Eiselsberg. Herczel, de Budapest, au Congrès de Chirurgie de 1905, nie les bons effets de la gastro-entérostomie, plus meurtrière qu'on ne le croit.

M. Pinatelle est partisan de l'extirpation de l'ulcère. M. Savariaud ne recommande la gastro-entérostomie que lorsque les ulcères siègent au pylore et dans la première portion du duodénum; elle amène, dit-il, la cessation des hémorragies, en détournant le cours des aliments et la mise au repos de ces régions permet la cicatrisation de l'ulcère.

Dès 1894, Hahn et Von Eiselsberg préconisent la jéjunostomie dans les hématomèses à répétition. Lémpp relate cinq cas de jéjunostomie, exécutés contre cette complication : dans le premier cas, le succès fut éclatant, les hématomèses cessèrent et la guérison fut obtenue; dans le deuxième cas, tout alla bien jusqu'au vingt-troisième jour après l'opération; les hématomèses ne se renouvelèrent plus, mais il se forma un abcès sous-phrénique, qui emporta le malade; dans le troisième cas, mort rapide par occlusion intestinale; dans les deux derniers cas, la guérison fut obtenue et constatée après deux ans et demi et trois ans et demi. Dans 6 observations de jéjunostomie, de Maydl, les hématomèses sont au nombre des accidents prédominants;

succès complet dans cinq cas; mort par péritonite dans l'autre.

Stich, dans son mémoire paru dans le *Beitrag zur Klinische Chirurgie* », en 1904, rapporte un cas de jéjunostomie, car l'ulcère paraissait siéger à la région pylorique. Le résultat fut excellent, les hématomèses et les douleurs cessèrent, l'amélioration fut des plus notables.

En résumé, en présence d'hémorragies chroniques, rebelles au traitement médical, l'indication opératoire est formelle. La gastro-entérostomie reste, jusqu'à nouvel ordre, une opération de choix, pour les ulcères de la région pylorique. On pourrait, comme Bunge, associer jéjunostomie et gastro-entérostomie quand, avec les hémorragies existent des vomissements fréquents, dans les cas où l'intolérance de l'estomac est absolue. Pour les autres régions, la jéjunostomie est à préférer, elle donne des résultats plus favorables. Les résultats seront d'autant meilleurs, qu'on aura évité l'anesthésie générale, à cause des vomissements qu'elle provoque et dont l'influence désastreuse sur les hémorragies est indéniable, et les manipulations de l'estomac au cours de l'opération.

Inconvénients et avantages de la Jéjunostomie

On a signalé quelques accidents d'occlusion interne. Bérard et Alamartine un cas; David, deux; Larkin, un. La stase intestinale, au lieu d'être absolue, peut aussi bien être partielle; MM. Bérard et Alamartine, sur deux autres malades ont constaté, dans les jours qui suivirent l'intervention, une gêne, pour le passage du liquide gastrique, du bout supérieur du jéjunum, dans l'inférieur; ces accidents auraient d'ailleurs cédé à quelques jours de diète complète et au décubitus latéral. Le mécanisme de ces troubles est facile à interpréter : il faut faire entrer en ligne le raccourcissement de l'intestin et sa coudure.

L'argument qui précède est loin d'être sans valeur; néanmoins, les perfectionnements de la technique opératoire ont permis de réduire les accidents d'occlusion

intestinale à un nombre infime de cas. A côté, il nous est facile d'énumérer tous les avantages de la jéjunostomie et nous verrons ainsi tout le bien qu'il est possible de retirer de cette admirable opération bien française et qui mérite d'être employée plus souvent qu'elle ne l'est encore actuellement :

1° C'est une opération simple, ne nécessitant pas la mise en jeu d'un outillage chirurgical compliqué;

2° C'est une opération qui peut être faite sous anesthésie locale et nous avons vu plus haut tous les avantages qui en résultent;

3° C'est une opération rapide qui peut être exécutée en quelques minutes;

4° C'est une opération qui ne fatigue pas le malade et le met à l'abri des manipulations compliquées des organes malades, qui sont souvent la cause d'échecs chirurgicaux. Le malade n'a pas à craindre les chocs opératoire et post-opératoire, particulièrement dangereux chez les gens anémiés qui nous intéressent; enfin, l'opération est extra-stomacale;

5° Après l'opération, l'alimentation peut être reprise dans un délai très court, en tenant compte, bien entendu, des observations que nous avons formulées plus haut;

6° Le malade se remet plus rapidement, ce qui est particulièrement important, à la suite d'hématémèses répétées, qui le laissent absolument sans forces.

7° Enfin, la jéjunostomie peut être associée à la gastro-entérostomie, comme nous l'avons vu plus haut. Il est, en outre, possible, dans un premier temps, de faire une jéjunostomie et lorsque le malade a repris suffi-

samment de forces, on peut faire une gastro-entérostomie.

En résumé, grâce à la jéjunostomie, les malades se relèvent vite, et s'ils n'ont qu'une amélioration temporaire, encore évitent-ils la mort par la faim et la soif, qui rendent si pénibles les derniers moments d'un sujet atteint d'un cancer sténosant. Ainsi donc, lorsqu'au cours d'une laparotomie exploratrice, le chirurgien croit impossibles une pylorectomie ou une gastro-entérostomie, il ne doit pas refermer le ventre en avouant son impuissance. Il lui reste un moyen, non seulement de prolonger la vie du malade, mais bien souvent de le guérir, c'est la jéjunostomie qui le lui offre et il doit la pratiquer sans hésiter.

_____.

Choix du Procédé Opératoire

Deux procédés seuls ont fait leurs preuves : d'une part, le procédé de Maydl, d'autre part, le procédé de Witzel-Von Eiselsberg.

Tous deux, surtout si l'on a soin d'ajouter au procédé de Maydl la torsion de Soulinoux, réalisent, d'une façon à peu près constante, la continence absolue.

La technique doit être rapide et simple et ces deux conditions ont leur importance, lorsqu'il s'agit d'un malade affaibli, incapable de supporter une intervention de longue durée.

Il est incontestable que la jéjunostomie latérale de Surmay est de beaucoup la plus simple, mais elle est trop inconstante dans ses résultats pour être prise en considération.

La jéjunostomie en Y de Maydl, est, au contraire, la plus compliquée; ses résultats fonctionnels sont excel-

lents, mais c'est un procédé long, présentant une certaine gravité opératoire.

Aussi, la jéjunostomie latérale avec canalisation, procédé de Witzel-Eiselsberg, a-t-elle réalisé un gros progrès. C'est une opération facile, simple, sans gravité, ne nécessitant pas l'anesthésie générale et donnant, dans la majorité des cas, de bons résultats; de plus, la fistule jéjunale a l'avantage de se fermer spontanément après enlèvement de la sonde. A côté de ces avantages appréciables, la jéjunostomie latérale avec canalisation présente quelques inconvénients dont il convient de tenir compte et que nous avons signalés : coudure, occlusion; il faut convenir, en outre, que le port d'une sonde à demeure, qui peut se boucher, être expulsée au moment où l'on s'y attend le moins, est un des inconvénients du procédé.

En résumé, deux procédés à retenir :

1° Jéjunostomie en Y avec torsion;

2° Jéjunostomie latérale avec canalisation.

Le deuxième procédé est, selon nous, le procédé de choix pour les malades qui rentrent dans le cadre que nous venons de traiter. Atteints d'hématémèses à répétition, épuisés par d'abondantes gastrorragies, il est urgent de mettre leur estomac au repos et d'assurer leur alimentation; la jéjunostomie, procédé de Witzel-Von Eiselsberg leur donne tout cela, nous l'avons démontré plus haut.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS

Exposé de M. le Professeur TIXIER, à la séance du 10 décembre 1908, de la Société de Chirurgie de Lyon :

M. TIXIER : Le 11 avril 1908, à neuf heures du matin, M. Destot venait, au nom de M. Devic, me demander, si j'acceptais d'opérer d'urgence, une malade qui mourait d'hémorragie gastrique, dans le service de notre collègue de l'Hôtel-Dieu.

Il s'agissait d'une jeune femme de 31 ans, soignée par M. Devic, depuis le 16 mars, pour un ulcère de l'estomac et qui présentait, depuis la veille, des vomissements continus.

J'acceptais de tenter l'intervention et immédiatement on conduisait dans une salle d'opérations, une jeune femme, blanche, exsangue, n'ayant plus de pouls, présentant l'habitus typique de la grande hémorragie interne. Tandis que l'on injectait du sérum artificiel sous la peau des deux cuisses, j'exécutais rapidement, à l'anesthésie légère au chlorure d'éthyle, une jéjunostomie.

L'opération fut supportée et, fait remarquable, les hémorragies gastriques cessèrent immédiatement. Après des suites opératoires très mouvementées, durant les trois ou quatre premiers jours, causées par l'état de faiblesse extrême de la malade, peu à peu, les forces revinrent et tout danger immédiat fut écarté.

Mais, pendant deux mois, on dût s'astreindre à nourrir exclusivement cette jeune femme par sa sonde jéjunale, car la moindre alimentation par la bouche déterminait des douleurs et des vomissements. Toutes les deux heures, jour et nuit, ma sœur cheftaine, avec un dévouement au-dessus de tout éloge, injectait dans le jéjunum, une demi-tasse de bouillon ou de lait. Jamais il n'y eut aucune régurgitation, la bouche jéjunale fut parfaitement continente. A partir du 11 mai, on put reprendre l'alimentation normale et le 22 juin, avec sa jéjunostomie comme soupape de sûreté, la malade quittait l'hôpital.

Elle est revenue, le 1^{er} novembre 1908, parce qu'elle désirait se débarrasser de cette petite fistule jéjunale, par laquelle s'écoulait de temps à autre, de la bile, d'où brûlures et cuisson de la peau. Alors, j'eus l'idée, pour sauvegarder le fonctionnement de cet estomac, siège d'un ancien ulcère, de lui pratiquer une gastro-entéro-anastomose, en abouchant la fistule de jéjunostomie à la face postérieure de l'estomac.

Cette opération fut exécutée le 9 novembre.

Actuellement, la malade digère parfaitement et n'a plus présenté aucun trouble digestif, mais, comme elle conservait une température élevée et que son état général ne se relevait pas, je demandais à M. Devic, de vouloir bien, à nouveau, l'examiner. Il a constaté que des lésions tuberculeuses manifestes siégeaient aux deux sommets et qu'une phtisie rapide évoluait sans rémission. Cette tuberculose s'est-elle abattue sur cette malade, en état d'inanition, par alimentation insuffisante, ou l'ulcère de l'estomac est-il tuberculeux ? C'est une question que je ne veux pas soulever devant vous.

Je me contenterai de signaler le résultat excellent qu'a donné la jéjunostomie, en présence d'une gastrorragie formidable et sur la façon dont j'ai fermé ultérieurement cette

bouche jéjunale. Durant cette dernière opération, j'ai pu, par une exploration rapide, m'assurer que de l'ulcère, il ne restait plus qu'une petite cicatrice blanchâtre, au niveau de la petite courbure, près du pylore.

OBSERVATION

Recueillie dans le service de M. le Professeur PATEL, à l'hôpital de la Croix-Rousse.

B. L., 22 ans, entre le 28 avril 1920, il vient à l'hôpital, parce qu'il a vomi du sang.

Antécédents personnels. — Crise de rhumatismes en 1917, réformé pour péricardite : le malade n'a jamais souffert de l'estomac. Le dimanche 25 avril, au milieu du repas, le malade est pris d'un vomissement abondant, contenant les aliments qu'il venait d'ingérer et du sang rouge. Le 27 au soir, le malade a eu deux vomissements, contenant uniquement du sang noir coagulé.

À l'entrée à l'hôpital, malade au teint décoloré, muqueuses pâles, n'a pas vomi de sang, pouls rapide, à 100 pulsations, l'examen de la région épigastrique ne provoque aucune douleur, les battements de l'aorte sont nettement perçus.

Le 7 mai 1920, le malade a, depuis quelques jours, des selles noires, il devient de plus en plus exsangue, la température s'élève.

Le 8 mai, le malade a été pris, dans la matinée, d'une nouvelle hématomèse, mœlena abondant, pouls faible, mais suffisant.

Jéjunostomie (WITZEL-VON-EISELSBERG).

10 mai. — On a pu alimenter le malade toutes les heures, il a eu quelques selles sanglantes, l'état général est bon, température 37°4.

Le 10 juin. — Ablation de la sonde.

Le 3 juillet. — Le malade est guéri, il a une mine excellente, un teint rose et frais et a repris plusieurs kilos en un mois.

Le 6 août. — Le malade est en excellente santé, il a engraisé de 6 kilos depuis deux mois. Il se plaint de douleurs gastriques.

Le 17 septembre. — Il a engraisé de 9 kilos depuis sa sortie (5 juillet).

OBSERVATION

Recueillie dans le service de M. le Professeur PATEL, à l'hôpital de la Croix-Rousse.

G. A., 26 ans, entré le 24 septembre 1919. Vient de médecine pour être opéré, à cause de gastrorragies abondantes.

1° Passé d'ulcère de l'estomac. Hospitalisé à Desgenettes, en octobre 1915, pour une première hématomèse qui fut particulièrement abondante. Simple traitement médical.

2° Troubles gastralgiques, en août 1919, avec peut-être, à cette époque, du mœlena.

3° Le 15 septembre, deuxième hématomèse, suivie d'une troisième, le 21.

Facies exsangue, lèvres décolorées, température 37°8, pouls à 90, irrégulier, pouls à 90, abdomen rétracté, petite zone de sensibilité à l'épigastre, à gauche de la ligne médiane.

24 septembre 1919. — Jéjunostomie (Witzel-von-Eiselsberg). Incision latérale gauche, traversant le muscle grand droit, recherche de l'angle duodéno-jéjunal, anastomose en bouton de Jaboulay, portant à dix centimètres au-dessous et trente centimètres au-dessus.

Par la sonde, on fait passer tout aussitôt, trente grammes de liquide nutritif toutes les demi-heures, le quatrième jour,

cinquante grammes. Au seizième jour, on reprend l'alimentation par voie buccale, mais très réduite et concurremment avec la sonde intestinale. Au trentième jour, l'ablation de la sonde se fait sans incidents, il n'y a pas de reflux, pas de fistule, au bout de quarante-huit heures, l'orifice est comblé, soit le 11 novembre 1919.

Il revient le 27 mai 1920, parce qu'il est très faible et s'est aperçu que ses selles étaient marc de café. Depuis avril, il a perdu l'appétit, ne mange presque plus, devient très faible, vomissements fréquents, constipation habituelle, peu de douleurs que le malade localise à l'estomac, qu'il ressent deux ou trois heures après les repas et qui ne s'irradient pas.

A l'examen, malade anémié, amaigri, pouls à 84, température 37°5.

Le 28 mai, dans la nuit, hématomèse abondante avec caillots; le malade n'a pas pu être radioscopé sa faiblesse, l'empêchant de se tenir debout. Devant la pâleur de son teint, on se décide à opérer, le 12 juin. Laparatomie sus-ombilicale médiane, tissu cellulaire œdémateux, on ne constate absolument rien sur l'estomac, de même que sur le duodénum. On constate que l'anastomose jéjuno-jéjunale de la première opération est très bonne. Gastro-entérostomie transméso-colicque, au-dessus de la bouche jéjuno-jéjunale.

Le 24 juillet, le malade part à Longchêne, son état général s'est amélioré, il a repris trois kilos.

Examen radiologique pratiqué le 21 octobre 1920, par le Docteur Coste.

1° *Thorax*. Rien de particulier à signaler, le tiers supérieur du champ pulmonaire gauche ne présente rien d'anormal (ancienne blessure, en séton, par balle en 1914).

2° *Abdomen*. a) à jeun. — Poche à air très visible, d'assez grande dimension, presque aussi volumineuse que celle qu'on voit après baryte.

b) *Lait baryté*. — Tout au début, on voit un estomac presque complètement vertical, en entier, à gauche de la ligne médiane. Une ou deux minutes après, absorption de la bouillie barytée, on voit que la néo-bouche fonctionne de façon parfaite, le contenu stomacal coulant d'une façon presque

continue. Cinq ou six minutes après, absorption buccale, il existe une grosse masse grêle, occupant la région sacro-iliaque droite et s'étendant, de chaque côté, d'une part, dans la fosse iliaque interne droite, d'autre part, dans le petit bassin.

A ce moment, l'estomac est constitué de la façon suivante :

- a) Une bulle gastrique assez volumineuse.
- b) Un canal intermédiaire très étroit (un centimètre et demi de large), à contours absolument parallèles, rappelle un drain de gros calibre.
- c) Un bas-fond de petit volume, légèrement contracturé.
- d) Ce bas-fond se termine vers la ligne médiane par un petit canal, représentant la région pylorique.

Vu de profil, ce canal, n'a pas une direction frontale, mais nettement antéro-postérieure et semble adhérer, à sa terminaison à la face postérieure de la paroi abdominale, immédiatement au-dessus de l'ombilic. Il est impossible de dire si c'est la région pylorique qui se dirige ainsi vers la paroi abdominale, ou une autre région du bas-fond.

L'interprétation de cette image (que nous voyons pour la première fois) est très difficile. Peut-être pourrait-on songer à un diverticule ou à un ulcus pénétrant, comme on en rencontre fréquemment au niveau de la petite courbure (p)

Pendant tout le cours de l'examen on n'a pu constater *un seul passage pylorique*.

Mobilité du bas-fond, paraît assez considérable.

Motricité, aucune onde péristaltique visible.

Douleur, pour ainsi dire nulle, existe cependant au niveau de la région ombilicale et correspond à ce petit canal, vu en transverse.

2° *Examen. 6 heures après. Une selle.*

Estomac et grêle non visibles.

Côlon. Le cæcum, l'ascendant, le transverse sont visibles; le front cæcal dépasse légèrement le contour du détroit supérieur.

L'angle droit est au niveau de la crête iliaque; le transverse ne descend pas, comme d'ordinaire, vers le pubis, il est à peu près horizontal (comme chez le sujet couché). Le

bord supérieur de cette partie est sur la ligne médiane, très voisine de cete portion de l'image stomacale qui vue, transversalement, se dirige franchement en avant. Il semble qu'il y ait des adhérences entre cette portion d'intestin, la région pylorique, la face inférieure du foie ou la paroi abdominale antérieure. En tout cas, lors du premier examen, nous n'avons pas vu de passage de baryte au niveau de la région pylorique, passage qui aurait pu faire penser (avec les constatations actuelles) à une fistule gastro-colique.

Douleur légère de la région appendiculaire.

3° *Examen. 24 heures après. Pas de selle.*

Côlons pleins, jusqu'au début de l'S. iliaqué; le transverse et le descendant sont d'un très gros volume; le transverse forme, vers sa terminaison, une grosse boucle, dirigée en bas. Même douleur, dans la région appendiculaire.

En somme :

1° Très bon fonctionnement de la néo-bouche.

2° Il n'est pas possible de dire si une partie du contenu stomacal s'évacue vers le pylore.

3° Il n'existe aucun signe radiologique permettant de conclure à un ulcus en activité, soit de la petite courbure, soit de la région pylorique.

4° Cette dernière, en examen transverse, présente un aspect tout à fait anormal, rappelant vaguement les diverticules symptomatiques d'un ulcère calleux pénétrant de la petite courbure.

5° Il semble qu'on puisse affirmer qu'il existe des adhérences, intéressant la partie moyenne du côlon transverse et la région pylorique, les organes semblent fixés l'un à l'autre et d'autre part, fixés à la paroi abdominale antérieure (région ombilicale) ou à la face inférieure du foie.

CONCLUSIONS

1° Nous entendons par hématomèses graves des gastrorragies abondantes, récidivantes, mettant la vie du malade en danger.

2° Elles sont, dans la grande majorité des cas, consécutives à un ulcère de l'estomac.

3° L'indication opératoire est donnée lorsque le traitement médical a échoué.

4° Une seule opération doit être tentée sur ces malades, qui arrivent sur la table d'opérations, saignés à blanc : la jéjunostomie, procédé de Witzel von Eiselsberg.

Elle est simple, rapide, ne nécessite pas l'anesthésie générale; elle évite de remuer l'estomac et les organes

abdominaux; elle met l'estomac au repos; elle assure l'alimentation du malade dans un délai très rapproché et dans des conditions parfaites et peut, à elle seule, assurer la guérison de l'ulcère.

VU : POUR LE DOYEN, L'ASSESSEUR :

Jean LÉPINE,

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

TIXIER.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 6 décembre 1920..

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION
LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Albert VADDINGTON.

BIBLIOGRAPHIE

1878. TERRIER. — Quelques remarques sur la jéjunostomie
(*Bulletins de la Société de Chirurgie*).
1885. GOLDING BIRD. — Jejunostomy (*Clin. Soc. of London*,
décembre). (*British méd. journal*).
1885. PEARCE GOULD. — (*British méd. journal*).
1892. MAYDL. — Über eine neue Methode zur Ausführung
der jejunostomie und Gastro-Entérostomie. (*Wiener medical Woche*, n^{os} 18 et 19).
1892. HAHN. — Über jejunostomie (*Deutsche med. Woche*,
n^o 27).
1892. LANKIN. — *The Lancet*.
1895. EISELSBERG. — *Arch. für. Klin. Chirurgie*.
1895. EISELSBERG. — Über Ausscheidung inoperabler Pylo-
rusréstricturen nebst Bemerkungen über jejunostomie.
(*Semaine médicale*, p. 177).

1896. LE DENTU ET DELBET. — *Traité de Chirurgie*.
1896. JEANNEL. — *Chirurgie de l'intestin*.
1896. WEIR ET FOOTE. — Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac (*Medical News*, 25 avril).
1896. HIRSCH. — Statistique et traitement des hémorragies, menaçant la vie (*Berliner Klin. Woche*).
1897. MARION. — *Thèse de Paris* (De l'intervention chirurgicale dans le cours et les suites de l'ulcère simple de l'estomac).
1897. EISELSBERG. — Jéjunostomie (*Berl. Klin. Wochens*).
1898. SCHOLTZ. — Neun Falle von jejunostomie (*Thèse de Breslau*).
1898. MAYDL. — Uber jejunostomie (*Wiener Klin. Wochenschaù*).
1898. DIEULAFOY. — Exulceratio simplex (*Bulletins de l'Académie de Médecine*, p. 49).
1898. TERRIER. — *Semaine médicale* (p. 460).
1898. VERDIER. — *Thèse de Paris* (Jéjunostomie et Duodéno-stomie).
1898. SAVARIAUD. — *Thèse de Paris* (De l'ulcère hémorragique de l'estomac et de son traitement chirurgical).
1898. LE DENTU. — *Bulletins de la Société de Chirurgie*.
1898. BOSQUET. — *Thèse de Paris* (La Jéjunostomie).

1899. MARION. — Technique chirurgicale.
1899. HARTMANN. — Chirurgie de l'estomac.
1899. HEIDENHAIN. — Über jejunostomie bei Inanition durch
Ulcus Ventriculi (Duodeni) und folge zustände des-
selben (*Deütsch. Zeit. für. Chir.*)
1900. DELBET. — *Société de chirurgie* (décembre).
1900. EISELSBERG. — Über Veratzùngs Strictùren des Pylo-
rüs.
1901. HARTMANN. — Chirurgie gastro-intestinale.
1902. LEGUEU. — *Clinique chirurgicale*.
1902. BOURGET ET ROUX. — La gastro-entérostomie.
1902. TERRIER. — Jéjunostomie avec disposition verticale
de l'anse. (*Bulletins de la Société de Chirurgie*).
1903. MAYDL. — Weitere Beitrage zür Indikations stellùng
der jejunostomie (*Weiner Klin. Rùndschau*).
1903. CACKOVIC. — *Arch. für Klin. Chir.*
1903. CACKOVIC. — Ein Fall von jejunostomie (*Lienicki
Viestnik*).
1904. KELLING. — *Centralblatt für Chir.*
1904. MARAGLIANO. — *Beitrage zür Klin. Chir.*
1904. STOAKY. — Sur les indications de la jéjunostomie
(*Archives russes de Chirurgie*).

1904. SCHWARTZ. — De la jéjunostomie et spécialement de la jéjunostomie en Y. (*Semaine Médicale*, n° 51).
1904. LEJARS. — Applications et technique de la jéjunostomie (*Semaine Médicale*, n° 30).
1904. QUÉNU. — *Semaine Médicale*, n° 19.
1904. MONTPROFIT. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*.
1904. RICHE. — La jéjunostomie en Y. (*Presse médicale* du 2 mars).
1904. QUÉNU. — *Bulletins de la Société de Chirurgie*, p. 194.
1904. WALTHER. — *Bulletins de la Société de Chirurgie*, page 218.
1904. HARTMANN. — *Bulletins de la Société de Chirurgie*, page 198.
1904. TUFFIER. — *Bulletins de la Société de Chirurgie*, page 196.
1905. ARCE. — Un nouveau procédé, commun à la gastrotomie et à la jéjunostomie (*Revue de Chirurgie*).
1905. JONESCO. — *Revue de Chirurgie* (Budapest).
1905. CLERMONT. — *Arch. für Klin. Chir.*
1905. LEMPP. — *Arch. für Klin. Chir.*
1905. LEMPP. — *Centralblatt*.
1905. MAYO ROBSON. — *The Lancet*.

1905. VALLAS. — *Bulletins de la Soc. de Chirurgie de Lyon*,
16 février.

1905. TUFFIER ET JEANNE. — Des gastrorragies dans l'ulcère
simple de l'estomac (*Revue de Chirurgie*).

1905. CACKOVIC. — *Centralblatt für Chirurgie*.

1906. BRASSEUR. — *Thèse de Lille* (De la jéjunostomie et
particulièrement de la jéjunostomie en Y. au cours
de l'ulcère de l'estomac en activité).

1906. LEJARS ET QUÉNU. — *Société de Chirurgie* (juin).

1906. TERRIER ET LEJARS. — *Bulletins de la Société de Chi-
rurgie*, page 544.

1906. TERRIER ET LEJARS. — *Bulletins de la Société de Chi-
rurgie*, page 599.

1906. GUINARD. — Deux cas de jéjunostomie avec torsion
de la bouche jéjunale. *Bulletins de la Société de
Chirurgie*, pages 540 et 543.

1906. QUÉNU. — *Bulletins de la Société de Chirurgie*, p. 601.

1907. DAVID. — *Thèse de Paris*.

1907. CHEVRIER. — *Gazette des hôpitaux*, 10 janvier.

1908. W. ET H. MAYO. — *Revue de Chirurgie* (mai).

1909. TIXIER. — *Lyon Médical* (séance de la *Société de Chi-
rurgie de Lyon*, du 10 décembre 1908).

1909. DELORE ET LERICHE. — *Revue de Chirurgie* (avril).

1909. JEANBRAU PROUST ET TIXIER. — *Précis de Pathologie chirurgicale.*
1909. TUFFIER. — Chirurgie de l'estomac.
1909. FAURÉ. — Leçons de Clinique et de Technique Chirurgicale.
1912. BÉRARD ET ALAMARTINE. — *Lyon Chirurgical* (1^{er} octobre).
1913. BÉRARD ET ALAMARTINE. — *Revue de Chirurgie* (novembre).
1913. ROCHARD. — Maladies chirurgicales de l'estomac.
-

